

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N^o

100

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Betty ALPHANDERY épouse MAYER

Née le 1er mars 1944 - Le CAIRE (Egypte)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE DANS LE DEPARTEMENT
DES HAUTS DE SEINE ET LE ROLE DU DISPENSAIRE
ANTI-TUBERCULEUX**

Président : M. KREIS, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIERE
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Betty ALPHANDERY épouse MAYER

Née le 1er mars 1944 - Le CAIRE (Egypte)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE DANS LE DEPARTEMENT
DES HAUTS DE SEINE ET LE ROLE DU DISPENSAIRE
ANTI-TUBERCULEUX**

Président : M. KREIS, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mes parents,

Ne reculant devant aucun sacrifice,
ils m'ont aidée et encouragée tout
au long de ces études

Qu'ils soient assurés de ma profonde
reconnaissance, de ma gratitude,
du respect et de l'amour que je
leur porte et qu'ils méritent.

A mon mari,

A mon frère,

A ma belle famille.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur KREIS,

Chargé d'enseignement au Centre
hospitalo-universitaire de l'ORL
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière,
Médecin-chef du Service de la
O.R.L. des Hôpitaux de Paris à l'Hôtel-Dieu.

Qui m'a fait l'honneur de bien
vouloir présider cette thèse.

À Monsieur le Docteur André BUI,
Agrégé titulaire de l'Hôpital COCHIN,
Attaché de pathologie à l'Hôpital
de COCHIN
Médecin-chef du Service de
la ORL de COCHIN

Qui a bien voulu accepter le sujet de cette
thèse et m'a fait l'honneur de la
présider et m'a accompagné au travail.

A Monsieur le Docteur Jacques WEIL
chargé d'enseignement au centre
hospitalo-universitaire de COCHIN
PORT-ROYAL,
Médecin-chef du dispensaire de la
D.D.A.S.S. des Hauts de Seine à MONTROUGE,

A Monsieur le Docteur André ROY,
Ancien attaché de l'hôpital COCHIN,
Attaché de phtisiologie à l'hôpital
de GONESSE
Médecin-chef du dispensaire de
BOURG LA REINE

Qui m'ont inspiré le sujet de cette
thèse et m'ont efficacement guidée
et aidée à accomplir ce travail.

A Madame le Docteur ASSO

Médecin chargé des Actions Sanitaires
de la Préfecture des Hauts de Seine

A Madame le Docteur LANOTTE

Médecin phthisiologue,
Médecin chargé de la vaccination BCG
et de la coordination antituberculeuse
dans le département des Hauts de Seine,

Qui m'ont fourni des documents
de base et donné de précieux
conseils

Merci

A Madame SIMON

Assistante sociale responsable
du dispensaire de Montrouge

A Madame BALEANU

Assistante sociale principale
du dispensaire de Montrouge

Qui m'ont fait connaître le dispen-
saire antituberculeux
et ont bien voulu me donner tous
les renseignements qu'il me fallait

A toute la sympathique équipe
du dispensaire de Montrouge

A mes maîtres dans les hôpitaux :

Mr le Professeur Agrégé CANLORBE

Mr le Docteur PARIENTE Philippe

Mr le Professeur Agrégé François BESANCON

Mr le Professeur GARCIN

Mr le Professeur Michel LANVIN

Mr le Professeur Georges BROUET, Doyen de la Faculté

Mr le Professeur Jean BERNARD

Mr le Professeur Stanislas DE SEZE

Mr le Professeur Agrégé Jean BARCAT

Mr le Professeur Jean WEILL

Mr le Professeur Agrégé Henri MOLLARET

Mr le Docteur Robert SCHWOB

Mr le Professeur Bernard DUPPERAT

I N T R O D U C T I O N

Nous étudierons, dans ce travail, la lutte antituberculeuse, en 1970, dans un département de la région parisienne, qui paraît avoir des caractères intéressants, du fait de la densité et de la diversité de sa population, tant au point de vue humain que social et professionnel.

Nous rappellerons d'abord, très brièvement, comment s'est organisée, progressivement, la lutte antituberculeuse, dans le cadre départemental. Puis nous passerons en revue les caractères géographiques, économiques, et sociaux du département des Hauts de seine.

Dans un troisième chapitre enfin, nous verrons comment est appliquée la lutte antituberculeuse dans ce département, et plus spécialement le rôle tenu par le dispensaire antituberculeux.

Les origines de la tuberculose sont selon Albert Calmette, contemporaines "probablement des temps très reculés, où les hommes commencèrent à vivre en groupes sociaux compacts".

A l'autopsie des momies Egyptiennes, on a découvert des lésions de nature tuberculeuse.

Dès le premier siècle de notre ère, Arétée de Cappadoce décrivait la clinique de la phtisie, causée d'après lui par "l'ulcération du poumon"

- LAENNEC (1781-1826) invente l'auscultation médiate. Il décrit cliniquement, sémiologiquement, et anatomiquement la plupart des maladies de l'arbre respiratoire. Il isole la phtisie d'autres affections souvent confondues avec elle, et affirme l'unicité du processus tuberculeux à travers des lésions fort dissemblables en apparence, tant sur le plan anatomopathologique que sur le plan clinique.

- VILLEMIN en 1865 déclare que la tuberculose est "l'effet d'un agent causal spécifique" qu'il appelle "virus". On retrouve cet agent dans les lésions qu'il a déterminées, et dans les expectorations. Il réaffirme et sanctionne par l'expérimentation, l'idée de la contagiosité de la phtisie, déjà soutenue par GALIEN, qui exerçait la médecine à Rome, au temps de Marc Aurèle.

Rappelons également, qu'en 1679, MORGAGNI signalait le danger de faire l'autopsie des phtisiques, et que vers la fin du XVIIIème siècle, dans certains pays, la déclaration de la maladie avait même été rendue obligatoire. On désinfectait les locaux par des fumigations, on brûlait les hardes et les meubles des malades.

Ces mesures qui étaient encore appliquées dans la première moitié du XIXème siècle, tombèrent en désuétude, parce que l'opinion médicale, plus que l'opinion publique, était devenue tout à fait contraire à l'idée que la phtisie puisse être contagieuse.

Aussi VILLEMIN eût il beaucoup de mal à imposer ses idées. Car il ne faut pas oublier que depuis la plus haute antiquité, certains médecins, dont HIPPOCRATE, soutenaient que la phtisie était une maladie héréditaire et il faut bien souligner que le mérite incontestable de VILLEMIN a été d'apporter des preuves irréfutables du rôle essentiel de la contagion dans le déterminisme de la tuberculose.

On peut dire que c'est à partir de Villemin qu'on a disposé d'arguments pour organiser la lutte antituberculeuse, sur le plan de la prophylaxie.

Avant de voir la mise en place sur le plan social de la lutte antituberculeuse passons en revue, rapidement, les grandes étapes de la connaissance de la tuberculose, sur un plan purement médical :

- en 1876, KUSS démontre la contagion par inhalation
- en 1882, KOCH découvre le bacille responsable de la tuberculose et lui donne son nom. Il montre aussi que le "bacille ne trouve des conditions d'existence que dans le corps de l'homme et des animaux qu'il a atteints, et qu'il ne peut se développer dans le milieu ambiant". D'où un premier principe de lutte antituberculeuse, tarir les sources d'infection , c'est-à-dire, les crachats, puis désinfecter le milieu de vie du tuberculeux.

Ces travaux venaient confirmer et appuyer les travaux de VILLEMIN, ainsi que ses idées.

- en 1891, KOCH découvre le phénomène qui porte son nom, sans toutefois mesurer l'importance de sa découverte.
- en 1900, DUMAREST et KUSS créèrent en France le premier pneumothorax, découvert par FORLANINI en 1894.
- en 1907, VON PIRQUET met au point la cutiréaction à la tuberculine.
- en 1908, CALMETTE et GUERIN en cultivant un bacille bovin sur un milieu bilié, glyciné, obtiennent, au bout de plusieurs générations, des souches de virulence extrêmement atténuées, mais qui ont néanmoins conservé leurs propriétés allergisantes et prémunisantes.

Le BCG est né.

- en 1910, MANTOUX met au point l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.
- en 1921, CALMETTE et GUERIN administrent pour la première fois, à des nourrissons tuberculino négatifs, le BCG, par voie buccale. Cette méthode de vaccination a été appliquée de 1923 à 1942. Elle n'était efficace que dans 25 à 30% des cas, et le virage des réactions tuberculiniques n'apparaissait que 2 à 3 mois après.
- en 1924, WALGREEN, met au point la méthode de vaccination par voie intradermique.
- en 1942, à Chicago, ROSENTHAL met au point la vaccination par scarification. Cette méthode a été introduite en France par NEGRE.
- en 1944, WAKSMAN découvre la streptomycine, produite par un streptomyces griseus. Le premier antituberculeux est isolé.
- en 1952, la rimifon est commercialisé.

Depuis les médicaments antituberculeux se sont multipliés et ont ramené le problème de la tuberculose à ce qu'il est aujourd'hui, c'est-à-dire, le problème d'une maladie infectieuse banale).

Depuis quelques années, une modification importante est survenue dans les conditions de traitement de la tuberculose pulmonaire en France.

Jusqu'à là, on convenait, comme indispensable, un repos de longue durée. Actuellement, cette notion est fortement critiquée dans de nombreux pays, et on accepte de plus en plus la possibilité d'une reprise du travail rapide, d'autant plus qu'avec la Rifampicine et l'Ethambutol, nous possédons des antibiotiques antituberculeux plus actifs.

En France, en 1968, le Professeur KREIS, a pu tirer des conclusions fort intéressantes d'une expérience qui mérite d'être décrite, ici.

Elle porte sur 180 travailleurs, Européens et Africains, tuberculeux et s'étage sur 3 ans 1/2.

Toutes les formes de tuberculoses étaient représentées, des plus graves aux moins graves.

Ces malades ont été traités à l'hôpital ou au sanatorium, jusqu'à obtention de 3 cultures successives négatives, faites à 15 jours d'intervalle.

Puis ils ont été remis au travail (pour certains d'entre eux au cours du troisième mois du traitement). Au bout de 6 mois, ils travaillaient tous. Ils ont tous repris leur ancien métier (manoeuvres et travailleurs dits "de force" pour la plupart d'entre eux).

Le traitement antituberculeux a été poursuivi de façon ambulatoire, sous contrôle médical, pendant au moins 12 à 18 mois.

Il n'y eut, dans aucun cas, de rechute, clinique ou radiologique.

"Les résultats permettent de conclure qu'il est légitime, si l'on"
"dispose de moyens suffisants de contrôle, d'autoriser les travailleurs"
"en traitement pour une première atteinte tuberculeuse, à reprendre"
"leur activité antérieure à partir du moment où il ont présenté "
"3 cultures négatives à 15 jours d'intervalle, et si ils consentent"
"à se soumettre aux règles de surveillance d'un traitement ambulatoire."
"Il paraît établi qu'un effort physique important et quotidien ne "
"gêne pas l'activité de la chimiothérapie antituberculeuse ambulatoire "
" (B. KREIS)."

Les conditions d'un traitement ambulatoire correct ont été mises au point par le Professeur KREIS.

On distingue deux sortes de traitement ambulatoire : le traitement contrôlé et le traitement surveillé.

- En cas de traitement contrôlé, la prise orale des médicaments n'a pas été prescrite. Les médicaments seront administrés directement au malade par un auxillaire médical ou par un médecin. Cette méthode est plus sûre car elle est entièrement contrôlée. Le traitement doit toujours comporter une injection, car on imagine mal un ouvrier se rendant régulièrement au dispensaire, seulement pour y avaler un comprimé sous les yeux de l'infirmière..... Ce traitement peut être pratiqué au centre hospitalier, au dispensaire, chez le médecin praticien, mais avec une plus grande facilité pour le malade, au service médical de l'établissement où il travaille.

- En cas de traitement surveillé, la prise des médicaments est confiée au malade, le traitement étant dirigé et surveillé par un médecin. Cette méthode est actuellement la plus utilisée en France. Par qui sera surveillé le malade au cours du traitement ambulatoire ?

. Si il a été dépisté, au cours d'un examen systématique, il n'a d'autre lien affectif qu'avec le personnel médical du service où il a été traité. Il est tout naturel qu'un médecin de la consultation externe du service continue à le surveiller. Cependant s'il est plus facile au malade de se rendre au dispensaire antituberculeux de son quartier, cette solution pourra être préférable.

. Si il a été envoyé au service hospitalier par un phtisiologue de clientèle privée, il n'y a pas de meilleure solution que de confier à celui-ci le traitement de son malade, ceci, à condition que le service hospitalier reste au courant de ce que devient le malade.

. Si il a été adressé au centre hospitalier par un médecin généraliste, celui-ci doit comprendre qu'il faut continuer à appliquer le traitement avec la même rigueur et ne modifier les doses thérapeutiques qu'avec l'accord du service hospitalier, qu'il faut pratiquer régulièrement des examens radiologiques et bactériologiques, savoir en interpréter correctement les résultats, pratiquer des tests urinaires et tenir à jour le carnet de traitement du malade... Il est probable que la plupart des médecins généralistes préféreront se décharger de ce type de malade sur le centre hospitalier, en ce qui concerne le traitement de la tuberculose.

. Quand le malade a été dépisté par un dispensaire antituberculeux, il devrait sans aucun doute continuer à être surveillé par ce dispensaire. Une réglementation archaïque interdit au phtisiologue du dispensaire de prescrire des médicaments antituberculeux ; or ce phtisiologue a toute liberté de prescription s'il suit ce même malade au centre hospitalier. C'est offenser le bon sens du corps médical français que de penser qu'il peut accepter le traitement des maladies vénériennes par les dispensaires antivénériens, mais non le traitement

antituberculeux par le dispensaire antituberculeux. L'intervention du dispensaire dans la surveillance du malade est indispensable quand ce dispensaire offre les mêmes garanties techniques que le centre hospitalier. Il a l'énorme avantage d'être situé à proximité du domicile du malade, et de pouvoir ouvrir ses consultations aux heures où les travailleurs sont libres. Les assistantes sociales du dispensaire sont aussi à proximité, s'il s'agit de rappeler au malade un oubli éventuel de consultation, ou de retrouver un malade défaillant.

Les seules conditions à remplir par le dispensaire, en dehors de sa qualification technique, sont de rester en contact avec le centre hospitalier qui à la direction générale de l'enquête et d'avoir rigoureusement la même position doctrinale en ce qui concerne le travail et le traitement. Des entrevues périodiques entre médecins et assistantes sociales de dispensaire et du centre hospitalier sont indispensables pour éviter des divergences dont les conséquences pourraient être funestes. L'idéal est que le médecin du dispensaire appartienne aussi au centre hospitalier. A défaut, il faut au moins qu'il vienne périodiquement dans le service faire la connaissance de ses futurs patients.

Le médecin du travail de l'établissement où le malade est employé, le médecin conseil de la sécurité sociale, doivent aussi être informés que leur ressortissant qui fait l'objet d'un traitement ambulatoire. Le médecin phthisiologue départemental sera prévenu de l'admission de chaque nouveau malade au traitement ambulatoire.

Les consultations à l'organisme de traitement doivent être fréquentes au début, tous les quinze jours pendant au moins trois mois, tous les mois pendant le semestre suivant, puis, si le sujet est coopérant, tous les deux mois.

La consultation se termine par l'établissement de plusieurs fiches :

- une ordonnance dont le double est conservé, ce qui permet de calculer le nombre de comprimés ou de sachets qui doivent être en possession du malade.

- une fiche destinée au médecin du travail indiquant que le malade peut continuer à travailler, le travail devant être interrompu si le malade ne se traite pas correctement.

- l'émargement d'un livret de traitement (analogue à l'ancien carnet de pneumothorax), comportant tous les renseignements nécessaires, que le malade conserve et dont il pourra éventuellement faire état en cas de maladie intercurrente, de changement de domicile ou de vacances.

- une fiche de rendez-vous pour la prochaine consultation dont la date sera notée à l'échéancier.

- une notification au centre hospitalier de la présence du sujet à la consultation et de son prochain rendez-vous.

Histoire de la lutte antituberculeuse sur le plan social

- Entre 1880 et 1900, un mouvement d'idées se crée en faveur des notions d'hygiène générale. La mortalité est à cette époque, considérable, particulièrement élevée dans les classes défavorisées. Elle est due en grande partie à la tuberculose. Des campagnes contre les fléaux sociaux sont organisées, et les premiers textes législatifs apparaissent sur la protection hygiénique de l'enfance, et sur les conditions sanitaires du travail.

Des oeuvres privées essayent de trouver une solution à ce problème aigu (Association Française Centrale Contre la Tuberculose, Alliance d'Hygiène Sociale...).

- En 1887, un médecin d'Edimbourg, Sir ROBERT PHILIPP, entreprend, à titre privé, une expérience de lutte antituberculeuse, basée sur trois idées principales :

- . aller à la recherche du tuberculeux méconnu avant que n'apparaissent les premiers signes cliniques de la maladie.

- . assurer la surveillance médicale, non seulement du malade mais aussi de sa famille et de son entourage,

- . prendre en charge le tuberculeux, sur le plan médical, mais aussi social.

Le premier dispensaire antituberculeux est né :

- en 1900, le premier Sanatorium Français est créé à Hauteville,

- en 1901, le premier Dispensaire Français est créé par CALMETTE.

Les initiatives privées montraient peu à peu la voie à suivre pour lutter contre la tuberculose. Il restait au législateur à prendre des mesures de coordination et d'unification.

- en 1903, est créé au ministère de l'intérieur une "commission permanente de la tuberculose", qui existe toujours d'ailleurs.

Son rôle est de réunir les informations et de rechercher les premières solutions pratiquement réalisables.

- C'est vers cette époque, que, pour la première fois, est entreprise la recherche des tuberculeux dans l'armée, puis dans la marine et enfin dans l'administration (P T T).

Cette même année, GRANCHER crée l'oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, devenue par la suite OEUVRE GRANCHER. Il s'agit de placer à la campagne, dans des familles saines, les enfants menacés de tuberculose dans leur foyer. L'oeuvre n'accueillait que les enfants encore sains, âgés de 3 à 14 ans.

- en 1908, l'assistance aux vieillards infirmes et incurables, est étendue aux tuberculeux.

- en 1914, à la veille de la guerre, si la lutte antituberculeuse prend forme, elle n'est cependant inscrite dans aucun programme législatif d'ensemble. La recrudescence de la maladie due à la guerre, (272 décès par tuberculose pour 100.000 habitants contre 215 en 1910) émeut les pouvoirs publics.

- le 18 avril 1915, sous l'impulsion d'Honorat, la chambre des députés vote une loi prévoyant :

- . l'aménagement de stations sanitaires et l'ouverture de services hospitaliers militaires, réservés aux tuberculeux,

- . la création dans chaque département d'un comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, ainsi qu'à leur famille,

- . le recrutement d'infirmières visiteuses, chargées de donner des conseils de prophylaxie et d'assurer les secours.

- le 15 avril 1916, la loi Léon BOURGEOIS donne aux dispensaires une existence légale, définit leur rôle prophylactique et assure des subventions de l'état, du département et des communes, pour leur création et leurs frais de fonctionnement.

- le 7 avril 1919, la loi HONORAT prévoit la création de sanatoriums départementaux. Ceux-ci doivent être reliés aux dispensaires.

L'état, le département et les communes assurent l'entretien des malades indigents, et participent aux frais de séjour de certaines catégories de malades.

La Mission Américaine en France participe largement au développement de la lutte antituberculeuse (dispensaires, écoles d'infirmières.....). Ses efforts sont coordonnés par une oeuvre privés, reconnue d'utilité publique, le "COMITE NATIONAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE", fondé en 1916.

Dès lors, les dispensaires et les sanatoriums se multiplient.

- en 1920, l'Oeuvre de Placement Familial des Touts Petits "vient compléter l'oeuvre Grancher.

- en 1930, avec la création du ministère de la santé, l'organisation générale et le financement de la lutte antituberculeuse, sont assurés en grande partie par les pouvoirs publics.

- la même année, entre en vigueur la législation pour les assurés sociaux, qui permet la prise en charge des frais occasionnés par la maladie, chez les salariés dits "économiquement faibles".

Le dépistage systématique devient obligatoire pour les candidats à la fonction publique. Les fonctionnaires atteints de tuberculose peuvent bénéficier des congés de longue durée.

Les différentes dispositions légales relatives à la lutte antituberculeuse sont prises petit à petit. Parmi elles, l'ordonnance du 31 octobre 1945, relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte antituberculeuse, et la loi du 5 janvier 1950, relative à la vaccination par le BCG, constituent les textes de base actuels. Ils ont été en partie codifiés dans le code de la santé publique, et figurent au livre III, titres 1er, articles L 214 à L 253.

La tuberculose étant considérée comme un fléau social, la lutte antituberculeuse est organisée en majeure partie et contrôlée par le Ministère des Affaires Sociales, devenu depuis Juin 1969, ministère de la Santé Publique.

Avant de préparer les projets de lois ou les textes réglementaires intéressant la lutte antituberculeuse, le ministère peut consulter :

- l'Académie de Médecine
- la Commission de la tuberculose du ministère (section du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale).

Le ministère bénéficie, en outre, de l'apport des organismes de statistiques, de recherches (publics ou privés), tels que :

- l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.)
- l'Institut National d'Etudes Démographiques
- l'Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques
- le Comité National de Défense contre la Tuberculose
- l'Institut Pasteur
- le Centre International de L'Enfance....

Il est à noter que d'autres ministères participent pour leur part à la lutte antituberculeuse :

- Ministère des Anciens Combattants (pour les pensionnés pour tuberculose à titre militaire)
- Ministère de l'Education Nationale (dont dépend encore la médecine préventive de l'enseignement supérieur)
- Ministère des armées
- Ministère de l'agriculture...

En outre divers organismes de lutte antituberculeuse sont soumis au contrôle plus ou moins direct des services extérieurs (ou des services centraux) du ministère. Ce sont :

- les Centres de dépistage et de prophylaxie
 - . Dispensaires antituberculeux,
 - . Services de dépistage de santé scolaire, de médecine scolaire, de la sécurité sociale...
 - . Centres de BCG,
 - . Aériums,
 - . Centres de Placement Familial Surveillé

- les Etablissements de Soins :

- . CentresDépartementaux de Phtisiologie,
- . Services de Pneumophtisiologie des Hôpitaux,
- . Cliniques Phtisiologiques,
- . Préventoriums,
- . Sanatoriums,
- . Hôtels de cure.

- Les Etablissements de post cure et de réadaptation

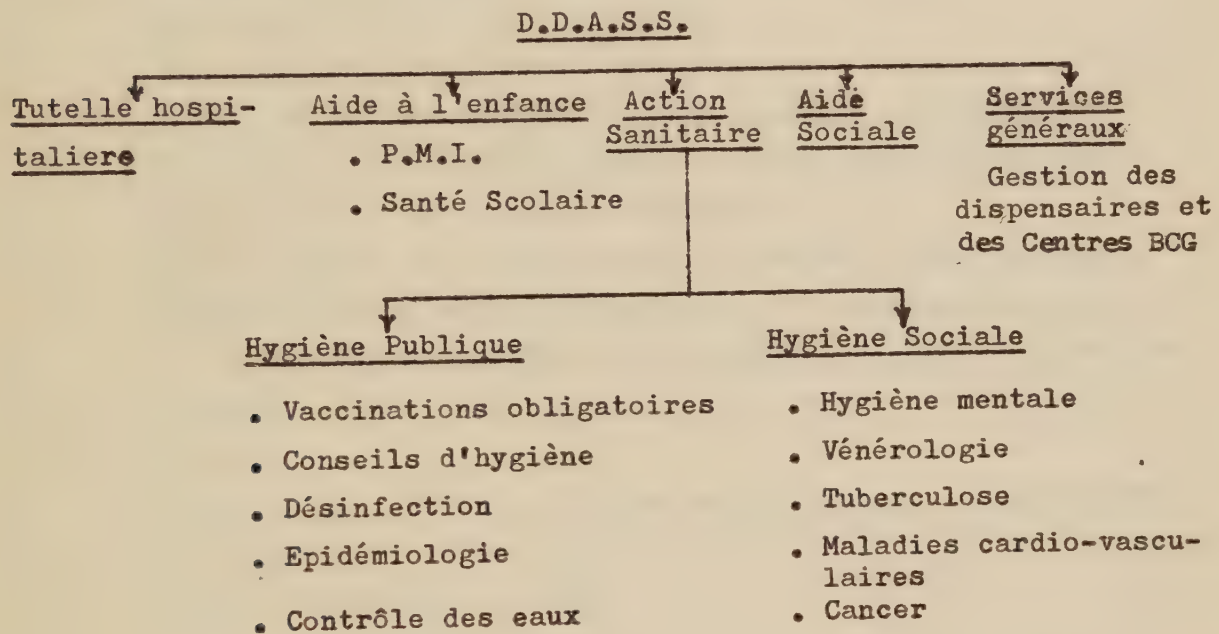
- . Sanatoriumsde Post Cure,
- . Centres de Rééducation Professionnelle,
- . Ateliers Protégés,

- les Comités Antituberculeux d'Entr'aide et d'Education Sanitaire.

A l'échelon départemental, la lutte antituberculeuse est centralisée et dirigée par la D.D.A.S.S. (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale)

La D.D.A.S.S. des Hauts de Seine siège à Paris, 21 bd Morland.

C'est un service de la Préfecture qui reçoit toutes ses directives du ministère de la santé. La D.D.A.S.S. comprend plusieurs services qui gèrent des sections différentes, et la lutte antituberculeuse s'y situe de la façon suivante :



Le bon fonctionnement de la section antituberculeuse implique qu'il y ait de bonnes relations, directes, et souvent une action commune avec certains des autres services de la D.D.A.S.S.

Des liaisons directes et fréquentes doivent être maintenues avec tous les organismes et tous les médecins qui participent à la lutte antituberculeuse.

Dans chaque département, il existe un "Médecin Phtisiologue Départemental" nommé par le préfet, choisi sur une liste d'aptitude établie par le ministère de la santé, le plus souvent parmi les médecins de dispensaire.

Il travaille à temps complet.

- . Tout en conservant une partie de son activité initiale (médecin de dispensaire),
- . Il assure, sous l'autorité du directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale, le contrôle technique de tous les organismes participant à la lutte contre la tuberculose,
- . Il coordonne le dépistage radiologique systématique,
- . Il propose aux directeurs d'établissements de soins, les malades justiciables d'une cure, et reçoit les dossiers de sortie de ces établissements,
- . Il siège avec voix consultative aux commissions de surveillance des établissements de cure, publics et assimilés,
- . Il contrôle le fonctionnement du Comité Antituberculeux d'Entr'aide et d'Education Sanitaire,
- . Il intervient, en outre, dans le contrôle annuel des pensionnés militaires, bénéficiaires de l'indemnité de soins, et comme expert en matière de tuberculose pour trancher tout différent entre médecin conseil et médecin de la Sécurité Sociale,
- . D'une façon générale, le médecin phthisiologue départemental est informé de toutes les questions de lutte antituberculeuse dont a à connaître la DASS.

Faisons, maintenant, connaissance avec le département des Hauts de Seine.

Présentation du Département

Ce département est né de la réforme administrative de la région Parisienne promulguée par la loi du 10 Juillet 1964.

Il forme la partie occidentale de la petite couronne, limité au nord-ouest par la boucle de la seine.

Il est composé de 36 communes et son chef-lieu est à Nanterre.

Le département a une superficie de 175 Km² et compte 1.496.000 habitants, soit en moyenne, 8.000 habitants au Km², ce qui le place au 3ème rang des départements Français.

Il a donc une très forte concentration de population qui s'est formée au fur et à mesure de l'éclatement de l'agglomération Parisienne et de l'industrialisation de la banlieue, c'est-à-dire de façon très désordonnée.

Cette population se répartit de façon très différente selon la région où on la trouve, et il faut distinguer dans le département deux principales régions dont les caractères s'opposent, et qui sont d'une part le nord et le nord-ouest, et d'autre part le sud et le sud-ouest.

La première région formée des communes frontières de Paris, des communes du Nord, et de la boucle de la Seine, est une zone très fortement urbanisée et industrialisée, qui compte 26.438 établissements industriels et commerciaux, employant 500.000 salariés, dont 48,5% sont des ouvriers.

C'est là qu'on note la plus forte densité de population, avec 25.700 habitants au Km² à Levallois-Perret.

La tranche d'âge entre 25 et 40 ans y est la plus importante. Il s'agit donc d'une population essentiellement travailluse.

Il est intéressant de savoir que 150.000 étrangers vivent dans les Hauts de Seine, dont 55.000 nord-africains, implantés pour la plupart dans 3 communes :

- Nanterre et Gennevilliers où ils représentent 30% de la population totale (ce sont là les plus fortes concentrations d'étrangers des départements de France).
- Boulogne, où, sur 10.000 étrangers on compte 5.000 nord-africains.

Ces nord-africains vivent, pour la moitié d'entr' eux, dans des bidonvilles, dans la pauvreté et la misère la plus complète, sans parler des conditions d'hygiène épouvantables qui règnent dans ces bidonvilles, et qui, ajoutées au stress psychologique de ces malheureux transplantés, double leurs chances de contracter une tuberculose.

Notons que si l'ensemble de la région parisienne compte 92 bidonvilles, abritant 30.000 personnes, les hauts de seine en comptent à eux seuls, 42, abritant 10.000 personnes.

On trouve essentiellement 3 gros bidonvilles à Gennevilliers, Colombes et Nanterre, les autres étant bien moins importants.

Un important programme est mis en oeuvre par l'Etat, le département et les communes intéressées, afin de sortir ces personnes de leur bidonville et de leur donner des habitations type HLM ou autres.

Avant de prendre possession de leur appartement, certaines familles sont, provisoirement, hébergées dans des "cités de transit" ou des "foyers" créés par des oeuvres privées et par l'ex-Seine.

Il existe dans cette région 13 foyers et 7 cités de transit accueillant 3.500 personnes.

Cette région est donc marquée par sa forte densité de population, son activité industrielle, la pollution et la présence des bidonvilles.

Très différente est l'autre région, de l'ouest et du sud-ouest, zone essentiellement résidentielle, aérée, boisée, encore que, depuis quelques années on y voit se développer les grands ensembles et s'installer une population moins riche.

On y note la plus faible densité de population à Marnes la coquette, avec 500 habitants au Km².

Il existe cependant un petit bidonville à Chatenay-Malabry, abritant des nord-africains et des yougoslaves et un autre à Clamart abritant une cinquantaine de nord-africains.

Mais dans l'ensemble, cette région reste riche, bien moins polluée que l'autre, au niveau de vie bien supérieur, encore qu'on y note une endémie tuberculeuse faible mais non négligeable, et susceptible de s'aggraver si les efforts médico-sociaux sont relâchés.

Au total, ces deux régions s'opposent donc complètement, sur le plan géographique et économique, social et humain.



HAUTS de SEINE

DEPARTEMENT DES HAUTS DE SEINE

LISTE DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX

- Dispensaire d'ASNIERES : 8, rue du Chateau (GRE.75.35) Secteur Asnières
et Bois Colombes
- " BOULOGNE : 41, rue St Denis (408.39.84) centre d'Ex.
complémentaires
- " BOURG LA REINE : 31, rue de Bièvre (ROB.08.75) secteur
Bourg-la-Reine, Antony et Sceaux
- " CHATENAY MALABRY : 130, av. de la Division Leclerc
(ROB. 35.75)
- " CHATILLON : 25, rue J.P. Timbaud (ALE 35.13) Secteur
Chatillon et Fontenay-aux
roses
- " CLAMART : 1, rue d'Estiennes d'Orves (642.30.30) Centre
d'Ex. complémentaires
- " CLICHY : 12, rue Fanny (PER.27.88)
- " COLOMBES : 3, rue de Verdun (GRE. 03.24)
- " COURBEVOIE : Dispensaire d'Hygiène Sociale, 52 rue Colombes
- " GENNEVILLIERS : 38, rue Gabriel Péri (GRE. 03.34)
- " ISSY-LES MOULINAUX : 3, av. Bourgain (MIC. 18.85)
- " LA GARENNE : 14, rue de Plaisance (CHA.12.31)
- " LE VALLOIS, : 34, rue Antonin Raynaud (PER.09.88)
- " MEUDON : Rue Servien (OBS.16.58)
- " MONTROUGE : 9, rue Amaury Duval (ALE.11.65) Secteur
Montrouge - Bagneux
- " NANTERRE : 28, bd du Couchant (BOI.00.72)
- " NEUILLY : 17, rue Madeleine Michelis (MAI.13.33)
- " PLESSIS-ROBINSON : 7, rue Sangnier (ROB.86.03)
- " PUTEAUX : 77, rue Arago (LONG. 52.62) Centre d'Ex.
Complémentaires
- " RUEIL-MALMAISON : 46 bis, bd de l'hôpital Stell (967.05.37)
- " SEVRES : 16, rue Danton (OBS.09.22) Secteur de Sèvres,
Vaucresson, Garches, St Cloud,
Marnes la Coquette, Ville d'Avray
et Chaville
- " SURESNES : 12, rue Carnot (LON.34.20)
- " VANNES : 1 bis, rue Aristide Briand (MIC.14.24) Secteur
de Vanves et Malakoff
- " VILLENEUVE LA GARENNE : 15, Quai d'Argenteuil (PLA.03.40)

Le département des Hauts de Seine n'a pas, actuellement, de médecin phtisiologue départemental, mais un médecin de dispensaire est chargé de tenir son rôle auprès de la D.A.S.S.

Le département des Hauts de Seine ne possède pas, non plus, de sanatorium, ni sur son territoire ni ailleurs, mais le placement des malades se fait dans les différents établissements de cure, répartis un peu partout en France, sur la proposition du médecin phtisiologue.

Il n'y a pas, non plus, dans les Hauts de Seine, de Centres de placement Prophylactique. Les enfants dont l'état nécessite un tel placement, sont adressés à la filiale Parisienne de l'oeuvre Grancher (ou à l'oeuvre de placement des touts petits, selon leur âge) qui les place dans le Nivernais, le Vendomois et en Sologne.

Mais il existe, dans le département de nombreux centres de pneumo-phtisiologie auxquels le médecin de dispensaire peut faire appel, pour placement urgent ou examens spécialisés.

La D.A.S.S. intervient directement dans la lutte antituberculeuse par l'intermédiaire de ses dispensaires.

LES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTS DE SEINE

On compte dans les Hauts de Seine 24 dispensaires antituberculeux, pour l'ensemble des 36 communes, chacun de ces dispensaires ayant un secteur composé de une ou plusieurs communes.

Ces dispensaires sont installés soit dans des locaux appartenant à la D.A.S.S., soit dans des locaux loués aux municipalités.

Certains de ces dispensaires sont équipés de façon moderne avec appareils à radiophoto et radiotomographies. D'autres, et c'est malheureusement la majorité, ne possèdent qu'un appareil de radioscopie, dont on connaît l'inconvénient (irradiation prolongée, document de faible qualité, absence de documents comparatifs...).

On ne compte dans les Hauts de Seine que 10 dispensaires possédant des installations modernes, et qui sont : Bourg la Reine, Montrouge, Vanves, Clamart, Boulogne-Billancourt, Puteaux, Sèvres, Rueil, Meudon et enfin Nanterre qui n'a commencé à fonctionner qu'en fin 1970. Deux dispensaires seront bientôt équipés en ces installations : Clichy et Asnières.

Si, dans un dispensaire mal équipé, un examen radiologique approfondi s'impose, le sujet à examiner peut être adressé, soit à un dispensaire voisin possédant une installation moderne, soit à un centre radiologique de la préfecture de Paris, avec qui contrat est passé.

Aucun des dispensaires du département ne possède en propre de laboratoire de bactériologie ou de biologie, et en matière de tuberculose, on sait la place que tient la recherche très rapide du BK dans le diagnostic et la surveillance du traitement. Deux cas peuvent se présenter :

- Soit que la commune où siège le dispensaire possède un laboratoire municipal, et, après qu'un contrat ait été passé entre la D.A.S.S. et la municipalité, les examens prescrits au dispensaire peuvent y être pratiqués.

- Autre éventualité : la commune ne possède pas de laboratoire municipal, et les personnes à examiner sont adressées à un des laboratoires de la Préfecture de Paris, avec lequel la D.A.S.S. des Hauts de Seine a passé un contrat.

Le dispensaire prend en charge, en général, les personnes habitant les communes qui dépendent de lui, ou bien les personnes qui travaillent dans des entreprises situées sur le territoire de ces communes.

Tous les actes dispensés par le dispensaire, quelle qu'en soit la nature, (consultation, vaccination, examen biologique, bactériologique ou radiologique), sont absolument gratuits pour le consultant, qu'il soit malade ou pas, et quel que soient son rang social, ses revenus financiers, son état de santé, et le lieu de son habitation.

Le dispensaire est ouvert à tous.

Les consultants peuvent y venir de leur propre initiative ou y être envoyés par leur médecin de famille. Dans ce dernier cas, un compte-rendu détaillé de l'examen du sujet, et l'avis du médecin du dispensaire lui est envoyé le plus rapidement possible. De même, si il y a eu des examens complémentaires faits au dispensaire, les résultats en sont envoyés au médecin désigné par le consultant. Cette pratique est de plus en plus courante, car des relations étroites et courtoises doivent exister entre le médecin du dispensaire et le médecin traitant. Il n'y a, en aucun cas, concurrence entre les deux médecins, puisque le médecin du dispensaire ne peut pas délivrer d'ordonnance au malade. Il ne peut que proposer sur une lettre à son confrère, le traitement qui lui semble le plus adéquat.

Si les deux médecins ne sont pas du même avis, au sujet du diagnostic ou de la thérapeutique, ils peuvent se voir et en discuter entre eux ; les discussions médicales sont toujours enrichissantes. La plupart du temps, elles le seront plus pour le médecin de ville, surchargé de travail, et qui a plus ou moins le temps de se documenter. La consultation au dispensaire ne peut donc qu'être bénéfique, et au médecin de ville, et au malade, mieux suivi, et qui rappelons-le, n'aura par là aucune dépense supplémentaire à faire.

Après avoir vu les principes généraux du dispensaire, voyons maintenant, LES DIFFERENTS DEPARTEMENTS DU DISPENSAIRE, ET LE ROLE DU RESPONSABLE DE CHAQUE DEPARTEMENT.

Précisons de suite que ces départements ne sont pas classés par ordre d'importance mais dans l'ordre où les malades les connaîtront, c'est-à-dire successivement :

- le secrétariat, et nous en profiterons pour dire tout ce que fait la secrétaire.
- le département de radiologie,
- le médecin,
- l'assistante sociale,
- et enfin le département du BCG.

LA SECRETAIRE AU DISPENSAIRE

Tout ce qui est fait au dispensaire, est soigneusement noté sur la fiche du consultant, qui est établie systématiquement à la première consultation,

La bonne tenue du fichier est une des conditions de bonne marche du dispensaire. Elle est confiée aux secrétaires, qui sont chargées, en outre, de convoquer au fur et à mesure, et à temps, les personnes qui doivent être vues ou revues par le médecin.

Le nombre de secrétaires varie selon le dispensaire, mais partout, une ou deux d'entre elles se consacrent uniquement au problème du BCG, que nous verrons plus loin.

LA RADIOLOGIE AU DISPENSAIRE

Chaque consultant subit un examen radiologique du thorax. Il s'agit d'une radiophotographie dans les centres équipés, et d'une radioscopie dans les autres.

- Dans le premier cas, un manipulateur de radiologie est présent, en permanence au dispensaire, et son activité consiste :

- a/ A fournir au médecin, au cours de la consultation, une radiophotographie 10 X 10.
- b/ A fournir au cours de la consultation, un examen radiologique complémentaire (radio de profil, tomographies...)
- c/ En dehors des consultations médicales, à assurer le dépistage radiophotographique de groupe, et à fournir au médecin des documents qui seront interprétés de préférence en double lecture.

- Dans le second cas, le médecin ne disposant que de l'examen radioscopique, doit naturellement être présent à tout examen, et en cas de doute, orienter le malade sur un centre matériellement mieux équipé, ce qui entraîne un déplacement supplémentaire et une perte de temps pour le malade.

La radiologie tient un rôle essentiel dans le dépistage de la tuberculose :

- Dépistage orienté parmi les sujets atteints ou suspects d'être atteints de tuberculose, ou d'une affection des voies respiratoires.
- Dépistage occasionnel chez les personnes pour qui l'examen radiologique pulmonaire est obligatoire à des titres divers :
 - . examen prénuptial,
 - . examen prénatal,
 - . examen des nourrices et des gardiennes,
 - . examen avant embauche, dans une entreprise publique,
 - . examen périodique des pensionnés de guerre et des anciens combattants bénéficiant de l'indemnité de soins.

Les réformⁱes militaires pour cause de tuberculose, doivent obligatoirement, tous les trois mois, subir un examen, au dispensaire.

- dépistage indiscriminé pour les personnes faisant partie d'une collectivité, publique ou privée, soumises à des examens systématiques annuels ; par exemple, personnel des administrations publiques, des usines, des entreprises diverses.....

Il existe des "camions de dépistage radiologique" qui se déplacent et vont sur les lieux de travail, examiner ces personnes : cette solution paraît plus efficace, les intéressés, employeurs et employés ne pouvant prétexter une perte de temps et d'argent pour se dérober à l'examen. Le département des Hauts de Seine ne possède pas actuellement de tels camions. Jusqu'à 1970 le département de Paris lui prêtait les seins, mais, maintenant, il ne le pourra plus.

Ce faisant, les dispensaires des Hauts de Seine se seraient trouvés dans l'obligation d'examiner, chaque année, tous les travailleurs du Département si, heureusement, il n'existait des entreprises privées, telles que la G.I.P.S.O. ou le G.I.R.O.P (groupe inter-professionnel région ouest de Paris). Ces entreprises sont payées par les Employeurs et envoient leurs camions sanitaires, avec un médecin, sur place, examiner entièrement les intéressés, l'examen radiologique faisant partie de cet examen général.

Ne sont adressés au dispensaire que les cas douteux, les personnes chez qui on a découvert une image pathologique, ou encore les personnes qui ont pour une raison ou une autre, "raté" le camion.

Les entreprises qui ne font pas partie de ces groupements médicaux, envoient systématiquement, chaque année leur personnel se faire radiographier au dispensaire. Dans ce cas, la journée de travail est alors payée au travailleur, ainsi que les frais de transport jusqu'au dispensaire, ceci pour inciter les personnes à ne pas se dérober à l'examen.

Des séances spéciales sont alors organisées par le dispensaire pour chaque entreprise qui en fait la demande. Les intéressés

se présentent au dispensaire avec leur dossier médical ; le dispensaire y note le résultat de l'examen radiologique, et renvoie tous les dossiers à l'entreprise qui les garde.

Des séances analogues d'examens radiologiques systématiques pourraient être organisées par le dispensaire, pour des groupes d'enfants partant en colonie de vacances ou en classe de neige, pour tous les enfants qui ont eu une primo-infection récente, ceux dont les parents n'ont pas accepté les tests tuberculiniques, ou encore ceux qui, pour une raison ou pour une autre ont échappé à ces tests. Jadis le camion se déplaçait dès qu'il y avait 100 enfants réunis. Désormais ces enfants devront se rendre au dispensaire.

LE MEDECIN AU DISPENSAIRE

C'est un phthisiologue qualifié ou agréé par le Préfecture, vacataire, ce qui lui permet d'avoir une autre activité, à côté de celle du dispensaire, qui est généralement hospitalière.

Dans les Hauts de Seine, tous les médecins sont vacataires sauf un, qui travaille à temps complet.

Ils sont, pour la plupart d'entre eux, attachés à un centre hospitalier de phthisiologie .

Le médecin est le pivot de l'activité du dispensaire, par son action non seulement professionnelle, mais aussi, par les contacts aux ~~stades~~ ^{stades} médico-administratifs et municipaux. Un exemple de cette activité est fournie par les campagnes de dépistage intensif de la tuberculose, dites ~~campagnes~~ ^{campagnes} S O S, dont le docteur WEIL a été le promoteur à Montrouge.

Avant de décrire l'activité principale et proprement médicale du médecin, voyons rapidement quelques rôles accessoires qui lui sont attribués :

Parce qu'il est assermenté ou agréé, le médecin du dispensaire peut jouer un rôle d'expert en tuberculose.

Il peut de même délivrer, après examen, un certificat de non contagion parfaitement valable sur le plan légal, aux personnes candidates

à certains emplois et qui sont tenues de présenter à l'embauche un tel certificat. Il n'examine cliniquement les sujets que si cela s'impose.

Dépistage des Maladies non tuberculeuses :

- si il suspecte une maladie non respiratoire, il dirige le malade vers le spécialiste dont il relève : en rhumatologie, cardiologie, cancérologie, ou hygiène mentale, par exemple.....

Notons que la D.A.S.S. possède des dispensaires avec de telles consultations, et que le malade y trouvera les mêmes avantages qu'au dispensaire antituberculeux, avec entre autres, et surtout, la gratuité des actes.

- si il suspecte une maladie respiratoire, autre que la tuberculose, il adresse le malade à un centre spécialisé, son rôle ne se limitant, jusqu'à là, qu'au seul problème de la tuberculose, ceci tout au moins théoriquement. Les dispensaires antituberculeux tendent, depuis quelques années déjà à avoir une nouvelle orientation et à devenir des dispensaires de lutte contre toutes les maladies de l'arbre respiratoire, tuberculeuses ou non.

Aussi seront ils prochainement dotés d'appareils pour exploration fonctionnelle des poumons et de personnel qualifié pour faire fonctionner ces appareils. Certains dispensaires possèdent déjà ces installations : Bourg la Reine et Montrouge par exemple.

D'autres dispensaires ont déjà des consultations de dépistage du cancer broncho-pulmonaire qui fonctionnent régulièrement depuis 1970 ; Montrouge par exemple.

On peut donc espérer que dans un proche avenir, ces malades pourront être pris en charge et suivis par le même dispensaire, dont l'activité sera élargie.

Dépistage des Tuberculeux :

Si le médecin suspecte une tuberculose, pulmonaire ou extra pulmonaire, il commence par demander les examens complémentaires qui s'imposent :

recherche de BK, NFS, VS, Tomographies, radiographies, après opacification pour les tuberculoses viscérales...

Quand on a la certitude qu'il s'agit de tuberculose, le malade est alors pris en charge par le dispensaire.

Le médecin jugera, selon l'importance des lésions et l'état général du malade de l'opportunité de l'envoyer à l'hôpital ou dans un sanatorium tout au moins pour commencer le traitement, ceci après s'être concerté avec le médecin de famille.

Parfois, si les lésions sont minimes, l'état général bon, et le risque de contamination de l'entourage faible, le traitement sera entrepris au domicile du malade, celui-ci interrompant son activité professionnelle jusqu'à stabilisation des lésions et négativation des cultures.

Prise en charge médicale :

Le malade sera alors suivi, cliniquement et radiologiquement, bactériologiquement, conjointement par son médecin traitant, et par le médecin du dispensaire, selon la méthode du Professeur KREIS.

La déclaration obligatoire :

La tuberculose étant, d'après le décret du 20.5.64 une maladie à déclaration obligatoire (maladie n° 27), la déclaration en est immédiatement faite par le dispensaire au service de la préfecture du département, qui prend note de toutes les déclarations qui lui parviennent, aussi bien du dispensaire que des médecins traitants, des services hospitaliers, des établissements de cure, des médecins du travail ou des médecins scolaires, de la sécurité sociale...

Ce service communique immédiatement, et au fur et à mesure qu'il les reçoit les déclarations, au dispensaire dont relève le malade. L'assistante sociale du dispensaire se rend alors chez le malade ou lui écrit et lui demande le nom de son médecin traitant. Elle présente sa démarche comme ayant un unique but de statistiques.

L'assistante sociale est souvent bien reçue par le malade, mais parfois celui-ci s'indigne du fait qu'on ait eu connaissance de sa maladie, refuse tout dialogue et menace même d'accuser son médecin de violation du secret professionnel... Aussi ce travail est-il très délicat, et doit être fait avec tact et persuasion de la part de l'assistante sociale. Quand celle-ci obtient l'adresse du médecin-traitant, elle lui envoie le questionnaire épidémiologique à remplir, accompagné d'une lettre, différente selon que la maladie est déjà, ou n'est pas, connue du dispensaire. L'enquête épidémiologique permet d'établir des statistiques départementales et nationales. La lettre jointe rappelle en outre au médecin l'existence du service social du dispensaire, et lui demande si il désire lui confier le travail de prophylaxie autour de son malade. Très peu de médecins répondent affirmativement. Dans la plupart des cas, le médecin renvoie le questionnaire dûment rempli, mais ne donne pas son accord au dispensaire pour assurer la prophylaxie dans l'entourage du malade. Dans ce cas, il n'y a aucun recours possible. Très rarement, le médecin de ville, déjà surchargé de travail, pourra consacrer autant de temps que l'assistante sociale du dispensaire, à ce travail de prophylaxie. D'autre part, les malades intéressés n'acceptent pas toujours de payer des examens complémentaires, uniquement dans un but de prophylaxie. La gratuité des actes dispensés par le dispensaire est, dans ce cas, un argument convainquant.

Par ailleurs, les médecins de ville connaissant plus ou moins bien les aspects socio-économiques de la maladie, informent plus ou moins correctement leur malade, au grand détriment matériel et moral de celui-ci.

La tuberculose est une maladie contagieuse et sociale qui pose le problème d'une solution thérapeutique rapide mais heureusement maintenant plus courte. Le médecin de famille peut très bien s'occuper du problème médical (encore que l'avis d'un spécialiste ne soit jamais superflu) mais il est souhaitable qu'il confie le problème

social à une assistante sociale spécialisée, et qu'il encourage son malade à accepter le fait.

Prise en charge sociale du malade :

Après le médecin, et sous ses directives, l'assistante sociale prend à son tour "en charge" le malade et lui ouvre un dossier social.

Si une hospitalisation ou un séjour en sanatorium s'impose, elle se charge des formalités du placement, en tenant compte des places disponibles dans les différents établissements, des préférences du malade... et en essayant de donner satisfaction à tout le monde.

L'assistante sociale s'enquiert des conditions de vie du malade. Elle note ses revenus et évalue les possibilités pour le foyer de surmonter la crise financière qui va obligatoirement accompagner l'arrêt du travail.

Elle indique au malade les différentes allocations et subventions auxquelles il peut prétendre.

Elle lui indique les démarches à suivre et les différentes formalités à remplir auprès de la sécurité sociale, de l'employeur, et des divers organismes qui peuvent l'aider.

Tous les travailleurs sont affiliés aux assurances sociales, que ce soit au régime général ou à un autre régime.

La tuberculose étant une maladie dite de longue durée, ils seront exonérés du ticket modérateur c'est-à-dire qu'ils seront intégralement remboursés de tous les frais que leur aura occasionnés la maladie (honoraires médicaux, frais pharmaceutiques, examens radiologiques et de laboratoire ...).

En outre, des prestations en espèces sont versées à l'assuré. Elles sont égales à la moitié du salaire mensuel avec toutefois un plafond de 27,50 francs par jour.

Si l'assuré est hospitalisé, son hospitalisation ne lui coûte rien, mais dans ce cas, l'indemnité journalière est réduite de façon variable selon la situation familiale du malade.

Les dispositions d'aide en cas de tuberculoses, varient selon le régime d'assurances sociales : les fonctionnaires bénéficient, par exemple, d'un salaire complet, pendant les trois premières années de la maladie. Puis l'employeur leur verse la moitié du salaire mensuel, alors que la sécurité sociale leur verse l'autre moitié pendant une période de deux ans. Ces personnes ne sont, par conséquent, aucunement lésées, financièrement par la maladie.

Ailleurs, le congé de maladie plonge vraiment la famille dans une situation financière délicate. L'assistante sociale essaiera alors de trouver un emploi pour le conjoint du malade, si il ne travaillait pas auparavant ; les enfants pourront par exemple prendre leurs repas au restaurant scolaire, la municipalité prenant en charge une partie de frais... ; on ~~demandra des bourses~~ d'études pour ces enfants.

On pourra éventuellement suspendre les traites, retarder les échéances...

Un prêt substantiel pourra être accordé aux malades qui en font la demande par les différents comités d'entr'aide aux tuberculeux, après avis favorable de l'assistante sociale.

Si malgré toutes ces mesures, la situation financière reste critique, soit parce qu'il s'agit d'une vieille personne aux

revenus déjà modestes et qui ne pourra pas payer ses médicaments, soit parce qu'il s'agit d'une personne qui n'a pas de sécurité sociale..., l'assistante sociale fait, elle-même, une demande d'admission à " l'aide médicale et sociale ". Cette demande est appuyée par le médecin du dispensaire, et de plus, pour les autres départements, par le médecin phthisiologue départemental.

L'admission à l'aide médicale est prononcée d'urgence par le Préfet du département.

L'aide médicale assure au malade la gratuité des soins à son domicile, à la consultation, ou chez le médecin qu'il a choisi, à l'hôpital, ou à l'établissement de cure que le médecin a choisi.

Il peut en outre, si il en fait la demande, obtenir une allocation d'un montant égal à celui que l'allocation vieillesse, si les soins lui sont donnés à domicile. Elle est réduite des $\frac{2}{3}$ si le malade est hospitalisé.

La question financière étant plus ou moins réglée, l'assistante sociale va voir le malade à son domicile, apprécie la salubrité des lieux, les conditions d'hygiène de vie et les possibilités d'administrer correctement le traitement au malade à son domicile. Si les conditions de vie sont trop mauvaises, le malade sera plus volontiers envoyé à l'hôpital ou au sanatorium, pour un séjour plus long.

La prophylaxie au dispensaire

L'assistante sociale relève l'identité de toutes les personnes vivant dans l'entourage du malade ou ayant eu des contacts avec lui, récemment. Elle les convoque toutes au dispensaire, ou se rend chez elles pour les inviter à y venir.

Toutes ces personnes subiront systématiquement un examen radiologique des poumons et des tests d'allergie tuberculinique.

On utilise dans les dispensaires, les timbres d'allergie tuberculinique pour les enfants âgés de moins de six ans. Après six ans, on fait des cutis ou des intradermoréactions à 10 unités. L'intradermoréaction à 50 unités ne se fait plus guère aujourd'hui.

De même les monotests ne sont plus faits au dispensaire. Le dispensaire est régulièrement approvisionné en timbres, matériel, tuberculine et BCG par la D.A.S.S.

Notons que le BCG et tuberculine sont distribués par la D.A.S.S. aux consultations de PMI et aux médecins agréés.

Ce premier test a pour but de dépister les contaminés afin de les traiter au plus vite et d'administrer le BCG à ceux qui ne sont pas encore vaccinés ou à ceux qui sont vaccinés mais sont redevenus tuberculo-négatifs.

On administrera à ces personnes, pendant 3 mois, du rimifon par exemple, à la dose de 5 à 10 mg/kg. L'idéal serait que cette chimiothérapie soit surveillée et dispensée par le dispensaire anti-tuberculeux. Malheureusement nous avons vu que le dispensaire ne peut faire aucun acte thérapeutique (en dehors des classiques exsuflations de pneumothorax qui ne sont plus guère indiquées aujourd'hui).

Cette nouvelle notion de chimiothérapie prophylactique lui échappe donc pour le moment, du moins en partie.

Avant la chimio-prophylaxie se posait surtout le problème de la vaccination des personnes tuberculino-négatives.

Ces personnes pouvaient être en période anergique et ne positiver leurs réactions tuberculiniques que 2 à 3 mois après. On ne pouvait les laisser au contact du tuberculeux et attendre passivement que ces 3 mois s'écoulent.

Si dans une même famille plusieurs personnes étaient tuberculino-négatives, il était plus logique de faire quitter le foyer au tuberculeux, au moins pendant la période où il était contagieux.

Si il ne se trouvait qu'une ou deux personnes anergiques, au foyer, c'étaient elles qui devaient partir.

Quand il s'agissait d'enfants, l'assistante sociale proposait pour eux un "placement prophylactique" ceci bien sûr, avec l'accord du médecin du dispensaire.

Le centre de Placement Prophylactique :

Nous avons déjà parlé de ces centres de placement prophylactique, dans la première partie de cet exposé.

Rappelons que l'oeuvre Grancher accueille les enfants de plus de trois ans. Au dessous de cet âge, les enfants sont pris en charge par l'oeuvre "de placement des touts-petits", ou par des pouponnières BCG pour les nouveaux-nés et les nourrissons.

Les enfants sont placés dans les familles, sauf à Glaye où il s'agit d'un placement BCG en collectivité, subventionné par le département. Il n'y a pas, dans les Hauts de Seine, de centre de placement qui soit propre au département. On s'adresse à la filiale parisienne de l'oeuvre Grancher qui place ces enfants dans le Nivernais, le Vendomois et en Sologne.

Le placement dure au moins trois mois, le temps de revérifier l'anergie du sujet, de le vacciner et de constater que le vaccin "a pris".

Au bout de trois mois, le sujet tuberculeux, grâce aux nouvelles thérapeutiques, le plus souvent, n'est plus contagieux et l'enfant peut réintégrer le foyer familial.

Actuellement les placements de longue durée ne sont plus guère justifiés, mises à part quelques situations exceptionnelles où il ne s'agit plus uniquement de tuberculose.

Le lieu du placement est choisi, de façon que la famille (sauf le sujet contagieux) puisse s'y rendre facilement, pour voir l'enfant.

Le placement prophylactique n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale, C'est le département qui le subventionne.

Selon le rapport fait par l'assistante sociale au sujet des conditions de vie de la famille, celle-ci devra ou non participer aux frais de placement. Le taux de cette participation est fixé par le préfet du département. Il peut être nul pour les familles très pauvres.

Certaines familles refuseront de se séparer de leur enfant. L'assistante sociale devra alors user de toute son influence, expliquer à la famille le problème qui se pose, le danger que l'enfant court s'il demeure dans le foyer familial et amener la famille à accepter le placement, car l'accord de la famille est indispensable.

L'assistante sociale informatrice et éducatrice :

En général, les parents, bien informés, finissent par accepter la séparation. Nous voyons là le rôle d'informatrice et d'éducatrice de l'assistante sociale, aussi bien envers le malade, sa famille et l'ensemble de la société. Ce rôle est propre à l'assistante sociale. Pour être bien rempli, il demande beaucoup de temps et de patience, chose que le médecin, souvent débordé, aura des difficultés à accorder au malade, de façon aussi complète.

- au malade :

L'assistante sociale donne des explications au sujet de sa maladie en termes clairs et compréhensibles, ce qui contribue à lui ôter cette angoisse, cette peur, qui fondent sur lui tout d'un coup ;

Elle le rassure en lui expliquant, qu'à l'heure actuelle, à condition de suivre consciemment le traitement prescrit, un tuberculeux peut guérir complètement,

S'assure qu'il a bien compris son ordonnance, et saura bien appliquer le traitement, au besoin fait traduire l'ordonnance ;

Lui explique la nécessité de se présenter au dispensaire, régulièrement pour les contrôles médicaux et radiologiques ;

Lui donne enfin des conseils élémentaires d'hygiène ; désinfecter ses effets, ne pas cracher ses BK n'importe où...

Pour la famille, l'éducation prophylactique consistera dans l'immédiat, à faire accepter les contrôles médico-radiologiques, pour tous, afin de dépister les contaminés.

Eventuellement , à faire accepter le principe d'une placement prophylactique pour les enfants.

Ultérieurement, à faire faire le BCG au maximum de personnes, quel que soit leur âge et leur degré de parenté ou de fréquentation du malade.

Là aussi les conseils d'hygiène seront largement distribués...

- pour l'ensemble de la société, enfin, l'assistante sociale participe très efficacement à la diffusion des campagnes de timbres antituberculeux...

Rappelons que le but de ces campagnes n'est pas seulement de "récolter des fonds" pour accroître le capital consacré à la lutte antituberculeuse, il s'agit par là d'assurer la diffusion dans le public des notions essentielles en matière d'hygiène, de prévention, et de soins. Il faut au terme de ces campagnes que le public :

Connaisse les premiers signes de la tuberculose et sache, éventuellement s'en inquiéter,

qu'il ait un minimum de discipline hygiénique,

qu'il comprenne et accepte l'efficacité et la nécessité d'être vacciné par le BCG.

Tout au long de sa maladie, le malade sera suivi tant sur le plan médical que social.

Le retour du malade à la vie normale :

Actuellement et en général le malade peut reprendre son activité professionnelle après quelques mois de traitement (la durée de l'arrêt de travail est considérablement réduite par rapport à ce qu'elle était il y a seulement 10 ans). La plupart du temps, le travail est repris à mi-temps, pendant les premiers mois.

Cette méthode a des avantages physiques, moraux et financiers.

Sur le plan moral, plus l'arrêt de travail est long, plus le malade s'installe et s'enracine dans sa maladie, et plus il sera difficile de le réadapter dans la société.

Sur le plan physique un travail moins long sera moins asthéniant.

Enfin, sur le plan financier, le malade percevra :

- la moitié de son salaire de la part de son employeur, et la totalité des indemnités journalières de la part de la Sécurité Sociale, c'est à dire au total et sensiblement, la totalité de son salaire normal.

- Mais de plus en plus aujourd'hui on applique la méthode du Pr KREIS, selon laquelle la reprise du travail est précoce et se fait en poursuivant le traitement ambulatoire.

Une fois le malade guéri de sa tuberculose, si il garde des séquelles handicapantes qui ne lui permettent plus de refaire le même métier, on envisage pour lui un reclassement professionnel.

Ce problème qui se posait très couramment il y a encore 20 ans, ne se pose plus guère aujourd'hui, les tuberculoses bien traitées ne laissant plus de séquelles.

On admet toutefois que le métier antérieur peut être abandonné :

- Si il était insalubre (industries chimiques ou extractives, céramique...)
- Si il exposait à la contamination de l'entourage (enseignement, industries alimentaires, soins aux enfants...). A ce sujet, rappelons que la réintégration dans une école maternelle, même si le sujet est apparemment sain, doit être écartée, ceci d'après la circulaire 536 du 1.6.65 du Ministère de l'Education Nationale.
- Enfin, si le sujet, indépendamment de sa tuberculose, n'y était pas bien adapté.

Si une réadaptation professionnelle est décidée, l'assistante sociale viendra efficacement en aide au malade, en lui donnant tous les renseignements nécessaires, en lui facilitant les démarches à suivre...

Les arrêts de travail d'une durée supérieure à trois ans, ne s'imposent que très rarement aujourd'hui. Dans ce cas, un taux d'invalidité de travail est fixé par une commission de médecins, et le malade pourra bénéficier d'une pension d'invalidité en fonction de son ancien salaire et de sa situation familiale. Ceci concerne en particulier les malades qui se sont installés dans leur maladie, qui ne suivent pas correctement le traitement indiqué, ne se font pas suivre régulièrement... malgré les efforts soutenus de l'assistante sociale. Il faut y ajouter les très anciens tuberculeux porteurs de lésions mutilantes et généralement polyrésistants.

Considérons maintenant le BCG dans le cadre du dispensaire

Dans chaque dispensaire, il y a une "équipe BCG" qui ne se consacre qu'au problème du BCG. Elle est composée d'une assistante sociale, d'une secrétaire et depuis peu de temps d'une infirmière.

La loi du 5 janvier 1950 rend la vaccination par le BCG obligatoire pour certaines catégories de la population, et qui sont :

- . les enfants du premier et du deuxième âge, placés en maison maternelle, en crèches, pouponnières ou nourrices.
- . les enfants de moins de quinze ans, vivant dans un foyer où vit un tuberculeux, recevant à ce titre des prestations de la sécurité sociale.
- . les enfants d'âge scolaire, fréquentant les établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres. Parmi les catégories de personnes assujetties, celle-ci est la plus nombreuse. La scolarité étant obligatoire dès l'âge de 6 ans, c'est au cours de leur sixième année que les enfants sont invités par la loi, à se faire vacciner pour la première fois.

Par ailleurs, nul ne peut être admis dans une colonnie de vacances, si il n'a pas satisfait aux obligations légales relatives aux vaccinations, dont le BCG (article 37 de l'arrêté du 20 novembre 1963).

- . les étudiants en médecine et art dentaire, les élèves des écoles d'infirmiers et d'infirmières, d'assistants ou d'assistantes sociales, de sages-femmes.
- . les élèves des divers ordres d'enseignement, autres que ceux mentionnés ci-dessus, et qui sont inscrits dans un des établissements, écoles ou classes définis par l'article 566 du code de la sécurité sociale (c'est à dire l'enseignement supérieur, les grandes écoles, les écoles techniques supérieurs, et les classes préparatoires à ces écoles, les classes du second degré).

Dans le monde des travailleurs, l'article 215 du code de la Santé Publique soumet à la vaccination par le BCG les personnes de moins de 25 ans de certains emplois :

- . Personnel des établissements hospitaliers, publics ou privés.

Notons que cette loi vise tout le personnel, des agents hospitaliers aux médecins, sans oublier le personnel administratif. Pour cette catégorie de travailleurs, l'arrêté de juin 1960 a étendu l'obligation vaccinale jusqu'à 35 ans.

- . du personnel des administrations publiques,

- . du personnel des entreprises industrielles et commerciales particulièrement les sujets travaillant dans un milieu insalubre ou qui manipulent des denrées alimentaires (arrêté du 26.2.65)

- . les travailleurs occupés dans des chantiers souterrains, assujettis aux mesures particulières de prévention de la silicose (arrêté du 10.5.65),

- . le personnel des entreprises de transport par fer, route, air, mer, et eau (arrêté du 12.7.65).

L'équipe BCG est chargée de répertorier et de faire vacciner toutes les personnes de la commune qui relèvent du BCG, soit parce qu'elles vivent dans le voisinage d'un tuberculeux connu, soit parce qu'elles y sont assujetties par la loi.

L'équipe BCG est rarement amenée à s'occuper des travailleurs, cette tâche incombant aux services de la médecine du travail.

Elle s'occupe surtout de la population scolarisée de sa commune. Actuellement le BCG est couramment fait par les médecins de famille et dans les consultations de PMI, ceci dans les premières années, voire les premières semaines de la vie, soit parce que les enfants relevaient d'une obligation légale, soit parce que les parents bien informés, en acceptaient l'indication.

Il est donc fréquent qu'à la première inscription scolaire, les enfants soient déjà vaccinés.

Depuis 1970, dans les Hauts de Seine, on exige, pour inscrire l'enfant à l'école, qu'il soit vacciné par le BCG au même titre que par

les autres vaccins (diphtéries, tétanos, poliomyélite, variole). La fréquentation de l'école étant obligatoire pour tous les enfants d'âge scolaire, la plupart des parents encore réticents acceptent à ce moment de laisser vacciner leur enfant. Mais l'obligation scolaire primant sur l'obligation vaccinale, si les parents continuent à refuser la vaccination, on ne peut rien faire et l'enfant restera non vacciné.

La vaccination par le BCG comporte non seulement l'administration du BCG, par voie intradermique ou par scarification (la voie buccale étant en 1970 pratiquement abandonnée en France), mais aussi, des contrôles, répétés et périodiques, de la validité de la vaccination, et au besoin, la revaccination. Il ne suffit donc pas pour être en règle avec la loi, d'avoir été, autrefois, vacciné par le BCG. Il faut avoir constamment, des tests tuberculiniques positifs, qui sont le seul reflet de l'allergie à la tuberculine.

Le but de l'équipe BCG, est de veiller à ce que tout le monde soit tuberculino-positif.

Les équipes BCG travaillent en liaison étroite avec les services de santé scolaire.

Une fois par année, le service de santé scolaire établit la liste des élèves de chaque classe.

Chaque élève a une fiche médicale, sur laquelle est noté, chaque année le résultat des tests tuberculiniques.

Par l'intermédiaire des élèves, on envoie aux familles des "convocations" leur rappelant que la vaccination par le BCG est obligatoire, et leur demandant si ils préfèrent satisfaire à cette obligation par leur médecin traitant, ou en profitant de la séance BCG gratuite qui aura lieu prochainement à l'école.

On demande aux parents des renseignements quant à d'éventuelles tests tuberculiniques faits en dehors de l'école, et l'autorisation de vacciner les enfants qui en auraient besoin.

La signature des parents est indispensable au service BCG pour commencer les tests, faute de quoi on ne peut toucher à l'enfant.

Les enfants dont les parents n'auront pas répondu à la convocation ou ceux dont la réponse aura été négative, ainsi que les enfants qui auront eu une primo-infection connue récente subiront, systématiquement, une radiographie du thorax.

Tous les autres subiront des tests tuberculiniques. Ceux-ci sont faits par le médecin de la santé scolaire, au cours de la visite médicale annuelle.

On ne fait à l'école qu'un seul test à la fois :

- . timbre aux enfants de moins de six ans, et
- . cutiréaction aux enfants plus âgés.

Quelques jours après, le médecin de l'école lit et note les tests.

- Si le sujet a déjà été vacciné :

- . si il présente un test positif, on considère son BCG comme étant valable. On le note sur son dossier. On exige pour qu'une cuti soit positive, une papule d'un diamètre d'au moins six millimètres, faute de quoi on la considère comme étant négative.

- . si le test est négatif, le BCG n'est plus valable (ceci dit en principe, en dehors des cas de tests faussement négatifs, parce que mal faits, ou de maladie négativant les tests en cours...).

L'enfant est confié au service BCG.

- Si le sujet n'a pas été vacciné :

- . si il présente un test positif, il a fait une primo-infection, et il est pris en charge, si la famille le veut bien, par le dispensaire. Si le test est négatif, il faut vacciner l'enfant par le BCG et on le confie à l'équipe BCG.

L'équipe BCG ne s'occupera donc que des enfants présentant des réactions négatives, elle se rend à l'école, à un jour donné

avec son médecin vaccinateur. Le médecin vaccinateur est un docteur en médecine, qui a suivi un stage de vaccination BCG, organisé par la préfecture, et qui, par la suite est devenu "agréé" par cette dernière, pour pratiquer la vaccination dans les écoles et collectivités.

Dans un premier temps, on fait des intradermoréactions à 10 unités à tous les élèves concernés.

Trois jours après, l'équipe BCG revient à l'école, lire les tests. Les enfants qui présentent des tests négatifs, sont vaccinés ou revaccinés sur le champs. Si les tests sont positifs et seulement si la papule a un diamètre supérieur à 6 mm, l'immunité est encore valable, mais à surveiller. Ceci est en fait rare, car l'intradermoréaction a en principe la même valeur que la cuti-réaction (mais cet avis n'est pas partagé par tous les auteurs) et quand l'un des tests est négatif, en général l'autre aussi l'est. Les séances BCG sont organisées de la même façon pour tous les établissements d'enseignement, qu'ils soient publics ou privés.

Le médecin vaccinateur a l'entière responsabilité de la vaccination, qu'elle soit faite à l'école ou au dispensaire.

Les statistiques des tests tuberculiniques sont faites par le service de santé scolaire, et sont envoyées à la D.A.S.S. qui nous l'avons déjà dit, centralise les statistiques de tout le département.

Enfin, les statistiques au dispensaire :

Et puisque nous parlons des statistiques, rappelons que leur connaissance est un élément important de la lutte antituberculeuse.

Au dispensaire, elles sont faites par les assistantes sociales qui rédigent chaque année trois états statistiques, destinés à l'I.N.S.E.R.M. et à la D.A.S.S. et reflétant l'état de la tuberculose dans la commune, et le fonctionnement du dispensaire.

Sur ces états sont notés : le nombre de malades vus au dispensaire (qu'ils soient nouveaux ou déjà connus), la localisation de leur tuberculose, son évolution, les enquêtes épidémiologiques (notées différemment selon qu'elles ont été faites par le dispensaire ou par le médecin traitant). Enfin, sont notés l'origine et le mode de vie des malades.

Ce travail de statistiques est très long et minutieux à faire.

Pour bien s'en acquitter, les assistantes sociales y passent beaucoup de temps et il serait plus logique de les laisser consacrer ce temps au domaine purement social. Peut être y aurait-il un jour, un petit ordinateur dans chaque dispensaire ou du moins dans chaque département qui se déplacerait de dispensaire en dispensaire, et à qui on pourrait confier cette tâche. Les dossiers seraient alors sous forme de cartes perforées directement introduitibles dans l'ordinateur.

Nous venons de voir les différentes activités du dispensaire, en les classant en gros, selon les personnes qui en sont responsables.

Chacune de ces personnes a un rôle capital dans la "bonne marche" du dispensaire. Chacune a conscience de ses responsabilités et les assume avec zèle, amour et conscience.

Chacune sait aussi l'importance du travail en équipe qui s'impose.

Le même malade aura affaire, simultanément, à chaque membre de cette équipe. Il est important qu'elle soit unie et que ses activités soient bien coordonnées.

La bonne cohésion de ces équipes est le grand mérite des assistantes sociales chefs de chaque dispensaire.

Examinons maintenant : - l'état de la tuberculose en 1969 dans le département

- les résultats obtenus par les dispensaires en matière de lutte antituberculeuse

En 1969, il y a eu dans les Hauts de Seine, pour 1.400.000 habitants :

- Nouveaux cas de tuberculose :

- 1.431 tuberculoses de l'appareil respiratoire, dont 537 bacillifères
- 178 tuberculoses extra-pulmonaires dont :
 - . 2 méningites,
 - . 22 tuberculoses ostéo-articulaires,
 - . 66 tuberculoses ganglionnaires,
 - . 88 tuberculoses rénales.

- Récidives de tuberculoses respiratoires :

- 242 cas dont :
 - . 102 bacillifères.

Cas connus et surveillés au dispensaire, en cours de traitement, considérés comme non stabilisés :

- 4364 personnes dont :
 - . 228 bacillifères.

Au total, dans les Hauts de Seine, en 1969, il y avait 6.215 personnes considérées comme tuberculeuses, soit encore 4 tuberculeux pour 1.000 habitants. Parmi les 6.215 tuberculeux, 867 étaient bacillifères, donc contagieux, soit 0,6 pour 1.000 habitants.

L'efficacité du dispensaire dans la lutte antituberculeuse est fonction de :

1) La morbidité tuberculeuse

tuberculoses connues par le dispensaire

2) Du rapport

tuberculoses connues par le dispensaire
tuberculoses connues par la déclaration obligatoire.

1) La morbidité tuberculeuse

C'est le nombre de nouveaux cas de tuberculoses, rapporté à 100.000 habitants.

Ce chiffre est calculé d'après la déclaration obligatoire. Il devrait être exact si elle était convenablement faite.

Pour l'ensemble de la France, la morbidité tuberculeuse est de 90 (chiffre très approximatif, communiqué par le Comité National de défense contre la tuberculose et calculé d'après des statistiques partielles).

Paris avait un indice de morbidité en 1968 de 130.

L'indice moyen du département des Hauts de Seine était de 112 en 1969.

Ce chiffre pourrait être considéré comme relativement encourageant, mais en fait, il ne signifie rien, car c'est une moyenne et les véritables chiffres sont, selon les communes, très éloignés de cette moyenne.

7 communes le dépassent largement :

Gennevilliers	279
Clichy	219
Nanterre	182
Puteaux	176
Rueil	150
Levallois	142
Bourg la Reine	136

11 communes ont un indice compris entre 100 et 50, indice qualifié de faible :

Courbevoie	96,5
Sèvres	95
La Garenne	88
Issy les Moulinaux	86,5
Vanves	85
Meudon	80

Clamart	78,5
Plessis Robinson	65
Villeneuve la Gar.	61,5
Suresnes	61
Chatillon	52,2

4 communes ont un indice supérieur à 100 :

Montrouge	107
Asnières	107
Boulogne	106,5
Colombes	102,5

Enfin 2 communes ont un indice très faible :

Neuilly	31
Chatenay	28,5

L'étude de ces chiffres nous confirme ce que nous savions déjà, que la tuberculose sévit plus volontiers dans les milieux économiquement défavorisés.

En effet, les communes qui ont les chiffres les plus élevés, sont celles du nord du département, zone fortement industrialisée, et où se trouvent les travailleurs étrangers, dans des bidonvilles, en particulier les Nord-africains.

On a calculé que parmi les nouveaux cas de tuberculoses pulmonaires, il y a :

887 Français, soit 70 tuberculeux pour 100.000 habitants
et 374 nord-africains pour 54.000 soit une moyenne de
788 pour 100.000 habitants.

On en déduit que pour 1 français malade, il y a 10 Nord-africains malades. Ces chiffres sont comparables à ceux déjà relevés en matière de tuberculose.

Un grand effort reste à faire dans ce domaine : les travailleurs étrangers qui arrivent en France, devraient être tous effectivement vaccinés par le B.C.G. Ils devraient être soumis à des contrôles réguliers, par exemple au moment du renouvellement de la carte

de séjour en France. Les tests tuberculiniques devraient être systématiquement faits, chez ces personnes plus vulnérables que les autres, lors de la visite médicale annuelle du travail.

Par ailleurs, ces travailleurs devraient être décemment logés et nourris mais ceci dépasse de loin le cadre de ce travail.

Ces chiffres élevés concernent aussi la population française. Si la région doit rester aussi industrialisée, on ne peut pas imposer à la population ouvrière d'habiter loin de son lieu de travail, mais on peut veiller à ce que cette population soit efficacement vaccinée par le BCG, l'effort de la section BCG semble devoir se concentrer plus particulièrement sur cette partie du département, non seulement à l'échelle des sujets d'âge scolaire, mais aussi au niveau des jeunes travailleurs.

Le rôle du dispensaire antituberculeux est aussi fonction du rapport :

Tuberculoses connues et suivies au dispensaire

Tuberculoses connues par la déclaration obligatoire.

L'idéal serait que ce rapport soit égal à 1, c'est-à-dire que le dispensaire connaisse effectivement et au tout début de la maladie, avant même que la déclaration en soit faite, tous les cas, ceci afin que le travail de prophylaxie ait toute sa valeur.

La découverte de nouveaux cas de tuberculoses relève de secteurs très différents. Si le sujet présente des symptômes, c'est souvent le fait du médecin de famille ou de la consultation hospitalière.

En dehors de toute manifestation clinique, c'est le fait du dépistage systématique, tel que nous l'avons déjà vu.

En ce qui concerne les nouveaux cas connus, c'est-à-dire découverts au dispensaire, leur chiffre par rapport à ceux qui sont

signalés par la D.O. est relativement faible, en moyenne, 40% de la totalité des cas.

Mais au fur et à mesure de la durée de la maladie, le malade est amené à consulter au dispensaire, soit parce qu'il est sorti de l'établissement de cure, soit parce qu'au cours de sa maladie, il lui a été conseillé de se rendre au dispensaire, pour la surveillance de son état, et la prophylaxie à l'égard de sa famille. De sorte que lorsqu'on totalise l'ensemble des tuberculoses actives connues au dispensaire (quelle que soit la date de leur début), par rapport à l'ensemble des tuberculoses actives, connues par la DO, on obtient le chiffre suivant :

$$\frac{4.856}{6.645} \text{ soit } 73\%$$

Il est évident que la plupart des tuberculoses extra pulmonaires échappent au dispensaire, ce qui est moins grave car elles sont non contagieuses.

Il y a des variations suivant la population et suivant le Dispensaire.

12 dispensaires connaissent plus de 80% des cas :

Villeneuve la Garenne	100%
Clamart	96%
Puteaux	94,5%
Chatenay	93,5%
Courbevoie	91%
Boulogne	90,5%
Suresnes	88,5%
Neuilly	85%
Clichy	84,5%
Montrouge	82,5%
Plessis Robinson	80,5%
Bourg la Reine	80%

9 dispensaires connaissent :

de 60% à 80% des cas déclarés :

Reuil	78,5%
La Garenne	73%
Gennevilliers	71,5%
Levallois	71,5%
Asnières	70,5%
Meudon	67,5%
Chatillon	64,5%
Colombes	63,5%
Vanves	61,5%

Nanterre en connaît 54% (statistiques modifiées par l'apport important des déclarations obligatoires du Service Hospitalier.

Sèvres en connaît 48%

Issy les Moulineaux n'en connaît que 39,4%.

L'efficacité du Dispensaire est proportionnelle à ce chiffre : plus le chiffre est élevé, mieux le Dispensaire fonctionne.

La moitié des Dispensaires connaît trois tuberculeux sur quatre...

Le chiffre de Nanterre, qui possède le plus gros bidonville du département, peut surprendre ; il est faussé par le fait que la plupart des tuberculeux sont adressées à l'hôpital, et que c'est l'hôpital qui fait la déclaration obligatoire.

Le dispensaire de Nanterre n'a pratiquement comme clients que les habitants du Bidonville, tous les Nord-africains, ce qui fait noter quelques particularités ; par exemple: 6 semaines à 2 mois après le Ramadan (fête religieuse musulmane qui implique un jeûne quotidien) et duquel tous les pratiquants ressortent affaiblis, amaigris, fatigués, on note au dispensaire une nette recrudescence des tuberculoses.

Heureusement cette population musulmane est très docile, répond aux convocations, et accepte volontiers le B.C.G.

Pour ce qui est de partir en Sanatorium, les hommes sont réticents ; ils refusent catégoriquement d'y envoyer leurs femmes. On fait néanmoins de nombreux placements, surtout d'enfants, au Préventorium.

Le dispensaire est maintenant équipé en radio-photo et est appelé à mieux fonctionner à l'avenir.

Enfin il est important de connaître le nombre de nouveaux cas et de rechutes qui resteraient inconnus du dispensaire, s'il n'y avait la déclaration obligatoire.

On a étudié la proportion de ces cas restés inconnus du dispensaire car en chiffres absolus, on ne pouvait comparer : 3 cas méconnus sur 6 à Chatenay-Malabry, par exemple, et 78 cas inconnus du dispensaire sur 107 déclarés à Sèvres.

Cette non fréquentation du dispensaire paraît liée à la catégorie de population.

Le nombre de cas connus par rapport à la D.O. n'est inférieur à 50% que dans les communes de :

Sèvres	27%
Rueil	36%
La Garenne	41,5%
Neuilly	46%

Ceci est en grande partie dû au fait que les personnes contactées refusent de se rendre au dispensaire. La classe aisée se fait suivre, plus volontiers par son médecin de famille, voire par les Professeurs les plus connus. Malgré tous les efforts déployés, ces personnes resteront définitivement inconnues du dispensaire. Notons que là, le danger est moindre, car malgré tout, ces personnes restent "bien suivies" et vivent dans de bonnes conditions hygiéniques.

La moyenne pour le département, des nouveaux cas connus au dispensaire, par rapport à la D.O. est de 64,5%, mais dépasse 70% à Nanterre, Levallois, Gennevilliers, Puteaux, et Issy les Moulineaux (79,5%) Villeneuve la Garenne (100%).

Au total donc, et en moyenne, dans les Hauts de Seine :

- Pour 100% de tuberculeux connus par la déclaration obligatoire,
- 64,5% de nouveaux cas sont connus par le Dispensaire, et
- 73% de cas actifs, nouveaux et anciens, sont connus et suivis au dispensaire.

Ces deux chiffres peuvent augmenter si :

- a) les relations médecin-de-ville - Dispensaire s'améliorent et deviennent telles que le médecin de Famille adresse plus volontiers ses malades au Dispensaire ou du moins essaye de les convaincre d'y aller. Ces chiffres sont donc pour chaque commune un reflet de ces "bonnes" relations.
- b) Si la population, correctement et intensément informée, arrive à connaître le Dispensaire et à apprécier ses services.

Voyons maintenant les résultats obtenus par les dispensaires dans leur rôle de prévention de la tuberculose

SUR LE PLAN RADIOLOGIQUE :

Les résultats sont différents selon qu'il s'agit de dispensaires équipés ou non équipés en radio-photo.

En 1969, les Hauts de Seine possédaient 6 installations pour radiophoto, à Montrouge, Clamart, Bourg La Reine, Vanves, Puteaux, Boulogne. Les 18 autres communes du département n'étaient équipés que pour la radioscopie ou graphie.

Les chiffres sont éloquentes, quant au nombre des examens systématiques faits par chacune des méthodes :

4668 examens ont été faits à Montrouge (qui possède la radio-
photographie)

3285 examens à Clamart

655 examens à Asnières, qui ne disposait que de Radioscopie)

79 seulement à Villeneuve la Garenne.

Les 5 dispensaires équipés en radiophoto ont fait au total 13.926 examens, soit 2.785 chacun, en moyenne.

- Les 16 dispensaires équipés en radioscopie ont fait 5.631 examens, soit 352 chacun, en moyenne.

On peut en conclure que le dispensaire équipé en radiophoto fait, approximativement, 8 fois plus d'examens radiologiques systématiques que le dispensaire anciennement équipé.

Il serait donc souhaitable d'augmenter le nombre d'équipements radiophotos, l'idéal à atteindre étant de une installation pour 70 habitants.

Un grand effort est fait dans ce domaine, puisque, dès 1970, l'appareil installé à Nanterre, est effectivement en fonction, et on envisage d'équiper bientôt 2 dispensaires, Clichy et Asnières.

SUR LE PLAN DU BCG

Par rapport à l'effectif des enfants scolarisés (écoles maternelles, primaires, secondaires ou techniques, publiques ou privées) :

- le taux des tests tuberculiniques spontanément positifs, c'est-à-dire des primo-infections anciennes, est encore de 4%.
- le taux des sujets vaccinés par le BCG est de 79%. Ce chiffre concerne les sujets qui ont reçu le BCG, indépendamment de tout contrôle tuberculinique ultérieur.

Le taux de tuberculino positifs serait donc de 83%, et le taux de tuberculino-négatifs de 17%. En fait, parmi les sujets vaccinés, 8% ont un test tuberculinique négatif, ce qui, ramené au taux de 79% de vaccinés, diminue de 6,3% le taux de tuberculino-positifs, que l'on peut alors évaluer à 76,5%.

Il reste donc à vacciner ou à revacciner 23,3% des sujets scolarisés. La tâche est, par conséquent, tracée au service du BCG qui devrait :

- vacciner 17% des sujets scolarisés qui ont échappé à la vaccination
- revacciner 6,3% des sujets dont les réactions tuberculiniques sont négatives malgré une vaccination antérieure, parfois très ancienne.

Mais nous avons vu qu'on ne peut vacciner un enfant qu'avec l'accord de ses parents. Or comment répondent les parents ? Mal.

- les sujets convoqués pour primo-vaccination acceptent la vaccination dans 22% des cas ; en général, il s'agit d'élèves du cours préparatoire dont c'est la première vaccination.

Au total la primo-vaccination ne concerne que 3,8% des sujets scolarisés

- les sujets contrôlés négatifs et auxquels on propose une vaccination de rappel ne l'acceptent que dans un peu plus de la moitié des cas.

Au total les vaccinations ne concernent que 3,6% des sujets scolarisés.

La proportion des sujets vaccinés par l'équipe BCG, parmi les enfants scolarisés, est de 7,4%

Après le passage de l'équipe BCG on peut admettre que le taux des sujets qui sont encore tuberculino-négatifs est de $23,3\% - 7,4\% = 15,9\%$ soit approximativement 16%.

En fin 1969, après le passage des équipes BCG, le taux de tuberculino-positifs est passé de 83% à 84% des sujets scolarisés.

En fin 1970, ce taux est de 84,8% (dont 4% de primo-infections).

C'est un très maigre butin, et quand on pense au nombre de personnes mobilisées et au coût de cette mobilisation (qui a été de 58 millions de francs anciens en 1968), on pourrait se demander si cet effort n'est pas décevant.

Il semble que l'on soit arrivé à une sorte de plafonnement de la vaccination, à un taux insuffisant, car les sujets assujettis d'âge scolaire sont tenus de se faire vacciner tous, puisqu'ils vivent en collectivité.

Ce plafonnement est regrettable, puisqu'il entraîne une perte d'énergie de temps et d'argent.

Mais, on doit pouvoir lutter contre cet état de chose.

Dès 1970, nous l'avons déjà dit, des accords ont été établis entre la D.A.S.S. et les municipalités, afin qu'aucun enfant ne soit inscrit à l'école primaire, si il n'est pas déjà vacciné par le BCG : Si ces accords sont respectés, on peut espérer que dans quelques années il y aura autant d'enfants vaccinés par le BCG que par la variole, par exemple.

Si la vaccination est légalement obligatoire, elle doit l'être effectivement. Vue son inocuité complète, (le BCG est au total combien moins dangereux que la vaccination antivariolique, qui pourtant est définitivement acceptée par tout le monde) on devrait pratiquement l'imposer aux parents encore réticents.

Les campagnes de propagande pour la lutte antituberculeuse semblent être satisfaisantes dans le département des Hauts de Seine, puisque, par rapport à l'ensemble du territoire métropolitain, dont le taux de vaccination est évalué à 50%, il est évident que le département est efficacement vacciné à 80%.

Un chiffre voisin dans le Val de Marne, permet de dire que ce taux est atteint dans presque toute la région parisienne.

C O N C L U S I O N S

En 1960, pour l'ensemble de la France, la morbidité tuberculeuse était approximativement de 250 cas pour 100.000 habitants.

En 1970, elle est de 90 cas pour 100.000 habitants (chiffre très approximatif, calculé d'après des statistiques partielles.

Dans les Hauts de Seine, la morbidité tuberculeuse est appréciée à 115 nouveaux cas pour 100.000 habitants. Ceci s'explique par la forte densité de population et la forte industrialisation du département. (notons toutefois, que cet indice reste inférieur à celui de Paris qui est de 120).

Les résultats obtenus en matière de lutte antituberculeuse sont donc encourageants, mais insuffisants car la tuberculose reste, malgré les nouvelles thérapeutiques, une maladie grave, puisque le taux de mortalité par tuberculose est en 1969 de 9,8% pour 100.000 habitants (il est vrai qu'en 1960, il était de 22% pour 100.000 habitants).

En maintenant et en intensifiant les efforts pour la lutte antituberculeuse, ces chiffres devraient baisser.

C'est ainsi qu'en Hollande, qui est le pays le moins tuberculisé, le chiffre de mortalité par tuberculose qui était de 13 pour 100.000 habitants, n'est plus que de 1,4% pour 100.000 habitants, soit 9 fois inférieur au chiffre de la France.

Il est vrai que la Hollande n'héberge pas autant de travailleurs étrangers que la France, (et nous avons vu l'importance de la tuberculose chez les étrangers). Il semble aussi que les Hollandais soient plus disciplinés et coopérants, en matière de contrôles médicaux et que par là, ils participent directement à la lutte antituberculeuse.

En France, nous venons de voir le rôle du dispensaire dans cette lutte. Il peut connaître tous les cas de tuberculoses de son secteur, soit parce qu'il les a dépisté lui même, soit parce que

le médecin traitant les lui a adressés, soit encore par le biais de la déclaration obligatoire.

Donc si la tuberculose lui échappe en partie au stade de dépistage, elle ne lui échappe pas au stade des statistiques.

Pour que le dispensaire soit encore plus efficace, il devrait connaître effectivement (et non seulement à travers la déclaration obligatoire), et suivre, tous les tuberculeux de son secteur.

Pour cela, le dispensaire doit lui même se faire mieux connaître du public, des médecins et des futurs médecins.

Le public doit comprendre le rôle de la prévention et du dépistage dans la médecine d'aujourd'hui. Il doit participer à l'effort national fait dans ce domaine, en se présentant, spontanément au dispensaire, pour des examens systématiques.

Au dispensaire, les malades trouveront une équipe qui les prendra en charge, eux et leur famille, socialement et médicalement, sans frais supplémentaires.

Certains médecins de famille continuent à ignorer le dispensaire antituberculeux parce qu'ils ne le connaissent pas, ou n'apprécient pas ses activités, ou encore et le plus souvent, parce qu'ils redoutent sa concurrence. Nous avons vu comment, en aucun cas, il ne peut y avoir de compétition entre médecin de famille et dispensaire. Au contraire, une collaboration étroite ne peut qu'être bénéfique à tout le monde.

Quant aux futurs médecins, ils sont informés sur le plan de la thérapeutique antituberculeuse, mais ignorent souvent l'aspect social de la maladie, et le rôle exact du dispensaire antituberculeux.

Pour ce qui est de l'organisation de la lutte antituberculeuse, dans le département, nous avons noté l'importante disparité qui existe entre : la partie nord du département, fortement industrialisée, qui héberge de nombreux travailleurs étrangers, au niveau social souvent très bas, et qui vivent pour la plupart d'entre eux dans des bidonvilles, et la partie sud du département, résidentielle et au

niveau social bien plus élevé. Nous avons vu la distribution de la tuberculose dans les deux secteurs du département, et constaté, selon ce qui était déjà connu, le rapport direct entre la morbidité tuberculeuse et les conditions hygiéniques, il paraît souhaitable de maintenir l'effort de dépistage et de prophylaxie dans les régions du département les plus favorisées, et par ailleurs, d'étendre à la partie nord, la moins favorisée, les moyens techniques modernes de dépistage et de prophylaxie, déjà utilisés dans le sud.

Un effort social doit être par ailleurs soutenu pour obtenir aux travailleurs étrangers, des conditions de vie décentes et la suppression des bidonvilles.

Pour ce qui est de l'organisation propre du dispensaire,

- en radiologie, il est souhaitable et les statistiques le démontrent, que les dispensaires soient équipés en radiophotographie 10 x 10, le chiffre idéal étant d'un appareil pour 100.000 habitants. Le problème se pose de plus en plus, dans les Hauts de Seine, d'autant plus que les camions de dépistage autrefois mobilisés pour la prévention en milieu scolaire, n'existent pas dans ce département.
- en matière de BCG, la vaccination doit être effectivement obligatoire. Il est probable que les liaisons avec les municipalités, et surtout la coordination avec le service de santé scolaire, permettront d'obtenir un maximum de vaccinations.

Une campagne télévisée bien menée devrait avoir de bons résultats. Le BCG doit être largement pratiqué, que ce soit en milieu scolaire ou par les médecins de famille. Le taux de vaccinés par le BCG devrait être égal au taux de vaccinés contre la variole.

Mais si il reste quelques critiques à formuler au sujet de certains détails de l'application de la lutte antituberculeuse, sur un plan général, on peut être optimiste. En 1970, la tuberculose est considérée comme une maladie purement infectieuse et contagieuse, contre laquelle on possède des médicaments très efficaces.

Dans le cadre socio-thérapeutique, la méthode introduite en France par le Professeur KREIS, qui consiste à remettre les tuberculeux au travail, le plus rapidement possible, est en train de bouleverser la conduite thérapeutique traditionnelle, cette méthode ne peut être valable que si elle s'accompagne d'un traitement ambulatoire correctement contrôlé ou surveillé. Les meilleures conditions de surveillance du traitement ambulatoire sont réunies au dispensaire antituberculeux qui devrait avoir, dorénavant, un nouveau rôle actif de thérapeute. Il devrait pouvoir délivrer directement au malade une ordonnance par rappelons-le, ce malade a repris le travail et dispose de moins de temps pour se soigner ; il est plus logique de lui faciliter les choses, et de lui donner la possibilité d'être suivi et traité par la même équipe médico-sociale, celle du dispensaire. Ce rôle de thérapeute s'impose aussi en matière de chimioprophylaxie.

Enfin, la tuberculose régressant de plus en plus, la plupart des organismes de lutte antituberculeuse sont en voie d'élargissement, et tendent à devenir des organismes de lutte contre toutes les maladies de l'arbre respiratoire.

Le cancer broncho-pulmonaire, l'emphysème et la bronchite chronique, prennent de plus en plus de place dans la pathologie respiratoire, ce sont des maladies sociales, qui relèvent en priorité des efforts de dépistage et de prophylaxie.

C'est la nouvelle tâche à laquelle sont appelés à se consacrer les dispensaires de lutte antituberculeuse, qui vont devenir des "dispensaires de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires".

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur KREISS

Professeur FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

